

Die Rolle des dipl. Experten Anästhesiepflegenden NDS HF in der Prämedikationsvisite

Virgine Millart

Im Rahmen der sich konkurrenzierenden Situation unter den Gesundheitsinstitutionen hat das Universitätsspital Genf (HUG) die Initiative ergriffen, um einerseits die Effizienz für den Einsatz des Gesundheitspersonals zu verbessern und um andererseits die entstehenden Kosten zu senken. (Effizienz des ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitspersonals im Sinne einer Kosten/Nutzen-Optimierung). Die Effizienz der Klinik für Anästhesiologie am HUG könnte durch das bereits bestehende Modell der Arbeitsorganisation zwischen Anästhesiepflegenden und Anästhesisten noch verbessert werden.

Die Integration der Diplomierten Expertin Anästhesiepflege NDS HF in die Aufgaben während der perioperativen Phase wird durch eine erweiterte Delegation möglich. Auf diese Weise wird die Produktivität der Anästhesiepflegenden optimiert. Auf der einen Seite ermöglicht dieser Skill Grade Mix eine Steigerung der durchgeführten Prämedikationsvisiten. Auf der anderen Seite können sich die Anästhesieärzte vermehrt nicht delegierbaren medizinischen Aspekten ihrer Arbeit widmen.

Was politisch erwartet wird ...

Nach der Einführung der Swiss DRG gemäss der Teilrevision des KVG 2007, haben sich die organisatorischen Strukturen in den Spitälern verändert. Das neue System verlangt Transparenz was die Leistung und deren Kostenaufwand betrifft. Dadurch ist der Vergleich der medizinischen Dienstleistung unter den verschiedenen Institutionen erst möglich geworden.

Der Bundesrat hat im Januar 2013 die Strategie „Gesundheit 2020“ verabschiedet. Mit insgesamt 36 Massnahmen in allen Bereichen des Gesundheitssystems soll die Lebensqualität gesichert, die Chan-

cengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität erhöht und die Transparenz verbessert werden. Es ist die Absicht, die Selbstkompetenz aller Bevölkerungsgruppen in Gesundheitsfragen zu erhöhen, aber auch die der Gesundheitsfachpersonen mit dem Ziel ein Gesundheitssystem zu entwickeln, welches die Bedürfnisse der Patienten besser erfassen kann. So kann die Behandlung optimal gestaltet werden.

... und die Ziele der Gesundheitsorganisationen

Die Zielsetzung das System zu optimieren erfolgt durch Effizienzsteigerung der Pflege was wiederum eine Produktivitätssteigerung (verbesserte Leistung des Personals, bessere Pflegequalität und erweiterte Kompetenzen) bewirkt. Weiter wird eine durchschnittliche, medizinische Behandlungsqualität angestrebt, welche sich auf das absolut Notwendige beschränkt und kürzere Spitalaufenthalte vorsieht (Steigerung der ambulanten Versorgung).

Das HUG möchte seine Leistungen der heutigen Realität anpassen aber auch zukünftigen Bedürfnissen Rechnung tragen. Die Effizienzsteigerung ist priorisiert.

- Effizienzsteigerung der Leistung des medizinischen und nicht medizinischen Personals
- Leistung der medizinischen Fachpersonen erhöhen
- Leistung und Kostenaufwand des Pflegepersonals optimieren
- Supportleistung verbessern

Die Effizienz des medizinischen und nichtmedizinischen Personals des HUG kann durch Optimierung des bestehenden Modells von Skill Grade Mix verbessert werden.

Die meisten Gesundheitsorganisationen haben seit dem Jahr 2000 eine Anästhesiesprechstunde eingerichtet. Die Einführung dieser für die Patienten verbindlichen Sprechstunde hat den Alltag der Anästhesisten erheblich verändert.

Die Integration der Anästhesiepflegenden in die perioperative Visite wird erlauben die steigende Anzahl derselben zu bewältigen. Dies wird dazu führen, dass Anästhesieärzte sich wieder vermehrt auf nicht delegierbare medizinische Tätigkeiten konzentrieren können.

Wirtschaftliche Aspekte

Mit einer Prämedikationsvisite ist es möglich das Anästhesierisiko (Morbidität, Mortalität) korrekt einzuschätzen. Damit kann direkt Einfluss auf einen effizienten und reibungslosen Ablauf des Operationsprogrammes genommen werden. Verschiebungen bzw. Verspätungen im Operationsprogramm sind meist auf eine ungenügende Informationsslage in Bezug auf den Patienten zurück zu führen.

Die Operationsabteilung ist die teuerste Abteilung eines Krankenhauses, jeder gestrichene Eingriff bedeutet grosse finanzielle Einbussen. Der Einbezug von Anästhesiepflegenden in die präoperativen Visiten würde den Prozess der

Informationsbeschaffung zum Patienten und die Diagnostik konzentrieren. Die Anästhesisten können sich so auf Patienten mit schweren Begleiterkrankungen konzentrieren, welche eine komplexere Behandlung und Überwachung benötigen. Diese verbesserte Triage von Patienten mit niedriger und höherer Komplexität sollte die Kosten abgesetzter Eingriffe senken. So würde auch eine bessere Auslastung der Operationsäle gewährleistet.

Die Information des Patienten verbessern

Der Miteinbezug der Pflegenden in die Anästhesiesprechstunden kann auch dazu führen, dass Patienteneducation schon hier integriert wird. Es können zusätzlich bereits pflegeanamnestische Fragen geklärt werden. Diese verbesserte Informationsbeschaffung in allen anästhesiologischen Phasen führt auch dazu, dass Patienten besser orientiert sind über ihren Verlauf des Spitalaufenthalts, die postoperative Erholung wird verkürzt und der Spitalaufenthalt wird reduziert. Es ist wissenschaftlich belegt, dass Kommunikationsprobleme zu Todesfällen in der Anästhesie führen können. Der interne Jurist im HUG versichert, dass ein Mangel an Informationen über Risiken zu vielen Versicherungsfällen führen.

Die personelle Situation

Im 2004 wurde die Entwicklung zum Personalbestand an Anästhesiepflegepersonal untersucht. Diese ist seither stabil, trotzdem muss sie präsent bleiben, da zu erwarten ist, dass der Leistungsbedarf der Anästhesieabteilung zunehmen wird. Die Tendenz zur Teilzeitarbeit der Anästhesiepflegenden steigt. Es ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass viele Pflegenden vor der Pensionierung auf Änderung der Arbeitssituation bestehen und sich aus dem klinischen Alltag zurückziehen wollen. Allen diesen Faktoren ist in den nächsten Jahren Rechnung zu tragen.

Auch hier ist die Delegation im Hinblick auf die Perioperative Sprechstunde insgesamt eine Entlastung für die Ärzteschaft der Anästhesieklinik. Die Autonomie dieser neuen Rolle führt zu einer Aufwertung des Berufsstandes des dipl.

Experten Anästhesiepflege und zu einer Stärkung unserer beruflichen Identität.

Bedingungen die zum Erfolg führen

Die Prämedikationsvisite findet mehrere Tage oder Wochen vor einem Eingriff statt (mind. 48h). Der Gesundheitszustand der Patienten wird erhoben (Anamnese, Informationsbeschaffung) und die Risiken werden erfasst. Der Patient wird über verschiedene therapeutische Optionen informiert mit Fokus auf die zu erreichenden Ziele der Behandlung mit Vor- und Nachteilen, möglichen Konsequenzen und über die potentiellen Komplikationsrisiken. Die Sprechstunde dient auch als Vorbereitung zum nachfolgenden Behandlungsprozedere. Im Anschluss an die Prämedikationsvisite muss der Patient sich mit der Behandlung einverstanden erklären und seinen Informed Consent geben.

Eine Anästhesiesprechstunde durchzuführen erfordert spezielle Kompetenzen. Die Anamnese muss erfasst werden. Die Risiken müssen eingeschätzt werden. Der Patient muss über dies aber auch informiert sein, verschiedene therapeutische Optionen müssen aufgezeigt werden. Informationen ein zu holen, über Risiken zu informieren können delegiert werden.

Ausschliesslich ärztliche Tätigkeiten bleiben die verschiedenen therapeutischen Optionen vor zu stellen oder Verordnungen zu machen und den Informed Consent ein zu holen. Der gesetzliche Rahmen diesbezüglich muss eingehalten werden.

Der Skill grade mix und die Delegation können nur unter bestimmten Bedingungen eingeführt werden. Die Rollen und Kompetenzbereiche beider Berufsgruppen müssen genau definiert und geschult werden.

Rolle und Verantwortung der Anästhesiepflege:

- Prozessbeginn zum Einholen des informed consent mit einer vorgängigen strukturierten Anamnese erlaubt das Einholen relevanter Information zum gesundheitlichen bzw. klinischen Zustand des Patienten innerhalb seines sozialen Umfelds.

- Patient und Familie über Risiken informieren, die aus den eingeholten anamnestischen Informationen resultieren.
- Die ASA-Einstufung bestätigen oder in Frage stellen
- Patient/Familie über den Gesundheitszustand und den damit verbundenen Risiken informieren
- Risiken über eine schwierige Intubation erfassen
- Information über das Schmerzmanagement, insbesondere der postoperativen Phase und den weiteren postoperativen Verlauf

Fortbildungen

- Schulung zur Gesprächsführung der Informationssammlung und der Risikofassung
- Schulungen zu Kommunikation
- Schulungen zu den bestehenden Ressourcen der Informatik

Pädagogische Methodik zur Schulung

- Theoretische und praktische Schulungen in Form von interaktiven Kursen, mit Videosequenzen und Rollenspielen
- Theoretische Schulung zur Gesprächsführung der anästhesiologischen Sprechstunde
- Theoretischen Schulung zur Kommunikation mit dem Patienten (Beziehungsaufbau)
- Theoretische Schulung zur Kommunikation die Mitteilung der Risiken betreffend
- Praktische Kommunikationsübungen (Priorisierung, Zusammenfassung, Klärung, positive Suggestion)

Kompetenzen Katalog

- Kompetenz zum Einholen von Information und Risikoevaluation (Empfang, Analyse und Wiedergabe)
- Kompetenz zur Information von Risiken und perioperativem Ablauf
- Kompetenz verschiedene Therapeutische Optionen vorzuschlagen
- Kompetenz sensible Informationen im anästhesiologischen, emotionalen, belastenden Kontext auszutauschen
- Kompetenz, um das Gespräch der Prämedikationsvisite im strukturierten und zeitlich vorgegebenen Rahmen abzuhalten

Letztlich muss das Projekt auf seine Wirkung hin, anhand quantitativer und qualitativer Indikatoren, evaluiert werden.

Qualitative Indikatoren:

- Ärztezufriedenheit (Qualitätskontrolle)
- Zufriedenheit des dipl. Experten Anästhesiepflege NDS HF
- Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen

Quantitative Indikatoren

- Numerische Daten zur erbrachten Leistung (Anzahl gesehener Patienten in der Sprechstunde)
- Anzahl gestrichener operativer Eingriffe

Der Einbezug von Pflegenden in die Anästhesiesprechstunde wird nur im Rahmen einer institutionalisierten Struktur unter Berücksichtigung der beschriebenen Kompetenzen möglich sein, wobei wirtschaftliche Aspekte nicht ausser Acht gelassen werden dürfen.

Diese neue Organisationsform muss auf demselben qualitativen Behandlungsniveau sein, wie das bisherige System, eine höhere Dienstleistung erlauben und gleichzeitig dank des Skill und Grade Mix ökonomischer sein. Das Ziel des Projekts ist nicht den Arzt in seinen Kompetenzen zu beschneiden, sondern vorhandenen Ressourcen besser zu verteilen, gleichzeitig unseren Berufsstand zu stärken.

Bibliographie

Siehe Artikel «L'anesthésiste dans la consultation pré opératoire» im Anästhesie Journal 01/2016.

Kontakt:

Virgine Millart
Experte en soins d'anesthésie diplômée EPD ES
Service d'anesthésiologie
Hôpitaux Universitaires de Genève
virgine.millart@hcuge.ch